

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934

N°

THÈSE

509

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Léon INTNER

né le 12 Mai 1909 à Cozmeni (Roumanie)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Phlegmons de la base de la langue

Président : M. LENORMANT, Professeur

ÉDITIONS JEL

16, Rue Ernest-Cresson

PARIS

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Léon INTNER

né le 12 Mai 1909 à Cozmeni (Roumanie)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Phlegmons de la base de la langue

Président : M. LENORMANT, Professeur

ÉDITIONS JEL

16, Rue Ernest-Cresson

PARIS

1934



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN.

G. ROUSSY

I. - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	TIFFENEAU.
Histologie	ROUSSY.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	PIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	GUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.

II. - AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.
 ALAJOUANINE . *Neurologie et Psychiâtrie*
 BENARD (Henri) *Pathologie médicale.*
 BERNARD (Etienne). *Pathologie médicale.*
 BOULIN *Pathologie médicale.*
 BROcq *Pathologie chirurgicale.*
 BULLIARD *Histologie.*
 CATHALA *Pathologie médicale.*
 CHABROL *Pathologie médicale.*
 CHEVALLIER .. *Pathologie médicale.*
 DOGNON *Physique.*
 DONZELOT *Pathologie médicale.*
 FEY *Urologie.*
 GALLIARD *Parasitologie.*
 GASTINEL *Bactériologie.*
 GATELLIER *Pathologie chirurgicale.*
 DE GAUDART D'ALLAINES.. *Pathologie chirurgicale.*
 GAYET *Physiologie.*
 GIROUD *Histologie.*
 HAGUENAU ... *Pathologie médicale.*
 HALPHEN *Oto-rhino-laryngologie.*
 HAZARD *Pharmacologie.*
 HUGUENIN *Anatomie pathologique.*
 JOANNON *Hygiène.*
 LABBE (Henri).. *Chimie biologique.*
 LACOMME *Obstétrique.*
 LANTUEJOUL .. *Obstétrique.*

MM.
 LAROCHE (Guy) *Pathologie médicale.*
 LEMAIRE *Pathologie expérimentale.*
 LEVEUF *Pathologie chirurgicale.*
 Mlle J. LEVY ... *Pharmacologie.*
 LEVY-VALENSI. *Neurologie et Psychiâtrie*
 MOREAU *Pathologie médicale.*
 MOULONGUET . *Pathologie chirurgicale.*
 MOUQUIN *Pathologie médicale.*
 OBERLING *Anatomie pathologique.*
 PETIT-DUTAILLIS... *Pathologie chirurgicale.*
 PIEDELIEVRE .. *Médecine légale.*
 PORTES *Obstétrique.*
 QUENU *Pathologie chirurgicale.*
 RICHT *Physiologie.*
 SANNIE *Chimie biologique.*
 SENEQUE *Pathologie chirurgicale.*
 SEZARY *Dermatologie et syphiligraphie.*
 TROISIER *Pathologie expérimentale.*
 TURPIN *Pathologie médicale.*
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) *Pathologie médicale.*
 VELTER *Ophthalmologie.*
 VIGNES *Obstétrique.*
 WILMOTH *Pathologie chirurgicale.*

III. - AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE *Pathologie chirurgicale.*
 BUSQUET *Pharmacologie.*
 CHAILLEY-BERT . *Physiologie.*

MM.
 LEROUX *Anatomie pathologique.*
 NEVEU-LEMAIRE . *Parasitologie.*
 ZIMMERN *Physique.*

IV. - AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.
 ABRAMI
 AUBERTIN
 BRULE *Clinique médicale.*
 CHIRAY
 DUVOIR
 HARVIER
 LIAN

MM.
 GUENIOT
 LE LORIER *Clinique obstétricale.*
 LEVY-SOLAL ..
 METZGER

MM.
 BASSET
 CADENAT
 HEITZ-BOYER .. *Clinique chirurgicale.*

MOCQUOT
 MOURE
 SCHWARTZ

V. - CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé ... *Education physique.*
 FREY *Stomatologie.*
 LEDOUX-LEBARD *Radiologie clinique.*
 WEFL-HALLE *Puériculture.*

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

A MON PERE

*En témoignage de mon profond amour
filial et de mon infinie reconnaissance
pour leur affection, leur
dévouement, leurs sacrifices.*

A MA SCEUR ET A MON FRERE

*Bien faible témoignage de ma tendre
affection.*

MEIS ET AMICIS

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Charles LENORMANT
Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté
de Médecine de Paris

Chef du Service de Chirurgie à l'Hôpital Cochin
Officier de la Légion d'Honneur

*Hommage de respectueuse gratitude
pour le grand honneur qu'il nous
fait en acceptant la présidence de
cette thèse.*

A Monsieur le Professeur Agrégé Emile HALPHEN
Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine
Chef du service d'O. R. L. à l'Hôpital Saint-Louis
Chevalier de la Légion d'Honneur

*A qui nous devons l'inspiration de
cette thèse et qui voudra bien
trouver ici nos meilleurs remercie-
ments pour les conseils qu'il nous
a prodigués.*

A Messieurs BUNEAU, BERARD, WISNER
DJIROPOULOS

*En témoignage de leur bienveillance
et de leur précieux enseignement.*

A Monsieur le Docteur FISCHGOLD
Assistant d'électro-radiologie à l'Hôpital de la Pitié

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

A MES MAITRES DE LA FACULTE

ET DES HOPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

Notre but, en entreprenant ce travail, ne fut pas de faire une œuvre entièrement nouvelle. Mais nous avons remarqué que la rareté des phlegmons de la langue fait qu'aucun praticien n'a, en présence de cette affection, une ligne bien fixe de conduite à tenir. D'autre part, tout ce qui a été écrit sur la question est disséminé dans de nombreux ouvrages, et il est fort long de se reporter à chacun d'eux, pour avoir à la fois une idée générale et complète sur l'étiologie, les signes, l'évolution et le traitement. La plupart des auteurs ne publient qu'une ou deux observations suivies de commentaires sur la pathogénie et le traitement.

Parmi les thèses françaises parues depuis un siècle, il faut retenir celles de Coulier (glossite profonde aiguë, Paris 1885), Daireaux (abcès rétro-linguaux, Lyon 1897), Thiébaud (glossite parenchymateuse aiguë, Paris 1894), Duperrier (glossite profonde aiguë, Paris 1907), Aboulker (abcès de la langue, Paris 1932), qui apportent des considérations importantes et personnelles sur la question.

Des travaux plus récents, citons Morestin (*Société anatomique de Paris*, 1911), Dunet et Michon (*Revue de chirurgie*, 1923), Baudet et Dieulafé (*Archives de médecine et pharmacie militaire* 1933), ont remis la question au point et ont précisé tous les détails de pathogénie, d'anatomie pathologique et de traitement.

Les phlegmons de la langue, vus très souvent d'abord par le médecin praticien, méritent, par l'allure dramatique qu'ils affectent et le traitement d'urgence qu'ils imposent, une étude qui cherche à fixer leur individualité clinique et qui précise le traitement à suivre.

Nous pensons donc faire œuvre utile, en condensant, d'une façon aussi claire que possible ce que l'on sait de la question, en mettant de l'ordre dans les faits.

Notre Bibliographie, forcément incomplète, ne comprend que les auteurs que nous avons lus, ou dont nous avons lu les extraits dans d'autres ouvrages. On nous excusera aussi des emprunts que nous avons été forcés de faire à des articles récents. Nous nous sommes efforcés de citer les différents auteurs chaque fois que leurs descriptions nous sont apparues comme un type, seul moyen aussi de conserver à chacun le mérite de son travail personnel.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Les données de pathologie générale s'appliquant ici comme dans toutes les maladies microbiennes, la lutte entre le terrain et l'agent infectieux met donc en ligne de compte les états locaux ou généraux morbides comme cause favorisante.

Le phlegmon de la langue semble, à première vue, devoir être bien plus fréquent qu'il ne l'est en réalité.

Si l'on considère, en effet, d'une part la flore microbienne si riche de la cavité buccale, d'autre part les microtraumatismes et les ulcérations fréquentes de la muqueuse linguale et du fascia lingual, on est surpris de ne relever qu'un pourcentage relativement minime de ces affections graves. Le fait est encore plus frappant si on compare la fréquence des phlegmons de la langue à celle des infections dentaires et amygdaliennes.

Le bloc presque essentiellement musculaire de la langue trouve, dans sa constitution même, la raison de cette résistance à l'infection.

Le phlegmon de la langue est une affection relativement rare chez la femme, et c'est chez l'homme adulte qu'on le rencontre généralement.

Quelle en est l'étiologie exacte? Parmi les causes qui ont été invoquées, retenons les microtraumatismes de la langue, par un corps étranger quelconque (arête de poisson), par une blessure même légère pendant la mastication ou encore sa morsure pendant une crise d'épilepsie.

Toute infection buccale, voire même bucco-pharyngée, pourra évidemment, à la faveur d'une plaie, si minime soit-elle, de la muqueuse linguale, fixer à cet endroit un point d'inoculation qui sera à l'origine de l'infection.

Il ne reste pas moins exact que le vrai responsable de l'affection, c'est l'infection d'origine dentaire.

Pourquoi ne pas admettre, en effet, une exaltation particulière de la virulence de la flore microbienne coïncidant avec un fléchissement passager de la résistance de l'organisme à ces agents pathogènes.

L'infection d'origine dentaire est surtout retrouvée dans l'anamnèse des abcès situés à la partie antérieure de la langue. Mais lorsqu'on lit les observations de phlegmons situés à la base de la langue, on trouve souvent dans leur étiologie des affections aiguës préexistantes, soit des affections de voisinage, soit des affections générales.

La cause de voisinage la plus banale et la plus constante est l'*angine banale*. Angine qui survient l'hiver à la suite d'un coup de froid. Cette angine banale s'accom-

pagne souvent d'amygdalite cryptique, d'infection du naso-pharynx.

Quelquefois on a pu isoler une inflammation primitive de l'amygdale linguale. David Craigie, dans *Edinburgh Medical and Surgical Journal*, lui attache une grande importance. Les observations modernes, complétées par l'examen laryngoscopique, parlent, en effet, souvent de cet amas lymphatique, que l'on voit enflammé et hypertrophié dans les premiers jours d'un phlegmon de la base de la langue.

Cependant, ces amygdalites peuvent arriver à la suppuration sans que celle-ci gagne la profondeur de la langue entre faisceaux musculaires. Ce n'est donc pas un abcès intra-lingual, mais, fréquemment, l'inflammation peut remonter les lymphatiques et gagner la profondeur de l'organe. Le plus souvent, même, l'infection semble brûler l'étape de l'amygdale linguale et se localiser directement dans la langue. La base de la langue est le siège d'une suppuration, alors que l'amygdale linguale reste indemne.

Parmi les causes secondaires dues à une affection de voisinage, on a cité: deux cas d'abcès de la langue survenus après une fracture du maxillaire inférieur, un cas après une parotidite et deux cas après un abcès du plancher de la bouche.

Parmi les cas où le phlegmon de la langue survient au cours d'une maladie générale, il faut citer: la scar-

latine, la *variole* (citée comme cause de phlegmon de la langue par Caulier. Il paraît que, pendant le siège de Paris, en 1871, on vit de nombreux cas de glossite profonde aiguë chez les varioleux de l'armée française), la *fièvre typhoïde*, l'*érysipèle* et surtout la *grippe*. La grippe semble être une cause plus fréquente que les autres maladies. Déjà les anciens auteurs incriminaient « la fièvre catarrhale ». Mais dans tous ces cas il peut exister à l'origine une effraction quelconque de la muqueuse linguale, produite par une localisation buccale de l'une de ces affections.

Les stomatites mercurielles ou bismuthiques ont été, surtout les premières, accusées d'une façon trop systématique. Elles constituent cependant une cause prédisposante.

Les agents infectieux trouvés au cours des examens de pus sont les microbes banaux de la suppuration. Mais c'est le streptocoque qui domine. On a trouvé, en outre, des associations microbiennes, quelquefois des spirilles et des anaérobies.

Le pus, d'une fétidité bien connue, se présente sous deux formes, jaune crémeux ou au contraire couleur chocolat et même noirâtre avec des débris de tissus sphacelés.

ANATOMIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La langue est un organe presque exclusivement musculaire. Le corps de l'organe est formé par les fibres terminales des muscles intra et extrinsèques qui convergent et viennent se terminer en s'insérant sur la charpente ostéo-aponévrotique de la langue. Il faudrait donc commencer par décrire les divers muscles; mais ce n'est pas là le but de ce travail. L'étude anatomique des muscles est traitée dans tous les manuels. La charpente ostéo-aponévrotique est formée d'une part par une formation fibreuse située en sens frontal à la partie toute postérieure de la langue. Elle s'insère par son bord inférieur sur le bord supérieur de l'os hyoïde et présente un bord libre sous la surface de la langue, c'est la *membrane hyo-glosse*.

D'autre part, une autre formation fibro-aponévrotique, en forme de faux, et qui porte le nom de *septum lingual*, est disposée dans le sens sagittal.

Le septum lingual sépare l'organe en deux moitiés: droite et gauche. Son bord postérieur s'insère sur la membrane hyo-glosse; son extrémité libre se termine dans la pointe. Enfin, la région dorsale de la langue offre, du fait des insertions musculaires qui se font sur elle, un tissu cellulaire extrêmement dense et serré, si bien qu'il s'individualise et a été décrit sous le nom de *fascia lingual*.

Au point de vue histologique, ces formations sont constituées par un tissu cellulaire dense à mailles serrées du type fibreux.

Mais la disposition que les auteurs n'ont pas jusqu'ici suffisamment mise en lumière, est celle du tissu cellulaire qu'on rencontre dans le corps de l'organe.

Dunet et Michon, en effet, dans leur excellente étude des abcès de la langue, font de ce tissu cellulaire lingual de simples travées extrêmement ténues formant des cloisons interfasciculaires. Il apparaît cependant que les points où se condense le tissu cellulaire sont plus que de simples travées, mais de petites loges où l'infection peut se cantonner à l'origine. Pour pouvoir pratiquer la dissociation des muscles, très difficile surtout dans la partie supérieure de la langue, Baudet et Dieulafoy ont fait macérer des langues fraîches dans une solution très diluée d'acide azotique. Le tissu conjonctif ainsi imprégné se relâche et les espaces cellulaires s'élargissent. Selon ces auteurs, les espaces cellulaires de la langue sont au nombre de cinq :

Espace cellulaire médian

Il sépare les deux muscles génio-glosse et s'étend d'une extrémité à l'autre de la langue. Cet espace contient, en plus du tissu cellulaire, de la graisse (tissu adipeux lingual de Cruveilhier), des collecteurs lymphatiques (col-

lecteurs profonds de Rouvière). Rouvière indique en outre qu'ils contiennent très fréquemment des nodules ganglionnaires interrupteurs. L'espace cellulaire peut donc être le point de départ d'un adéno-phlegmon. Les fusées purulentes de cet espace ont plutôt tendance à se propager dans la partie postérieure, dans la région décrite sous le nom d'espace hyo-glosso-épiglottique. Mais cet espace étant trop petit, la propagation se fait vers la région sus-hyoïdienne. Le processus phlegmonneux peut donc aboutir à l'angine de Ludwig.

Espace latéral profond

Cet espace placé entre le muscle génio-glosse en dedans, et le muscle hyo-glosse en dehors, a été longuement décrit par Viela (*Oto-rhino-laryngologie internationale*, février 1928), qui lui donne le nom de *loge de l'artère linguale*. A l'intérieur de la loge coulent l'artère linguale, les veines linguales profondes, et des collecteurs lymphatiques qui portent des nodules interrupteurs, ou ganglions linguaux latéraux. Les collections purulentes peuvent se comporter de trois façons :

a) Contourner le bord antérieur du muscle hyo-glosse et pointer vers le sillon alvéolo-lingual ;

b) Ecartez son bord postérieur et fuser vers la région sous-maxillaire profonde et même émigrer vers la région carotidienne ;

c) Descendre entre le muscle génio-glosse et le muscle hyo-glosse et atteindre ainsi le plancher buccal.

Espace latéral superficiel

Très réduit, cet espace constitue une sorte d'angle dièdre placé entre la partie supérieure du muscle hyo-glosse et les muscles longitudinaux du bord de la langue. En bas, il est limité par la muqueuse du sillon alvéolo-lingual, qui n'est pas doublée de condensation cellulaire. Cet espace contient des vaisseaux lymphatiques et des ganglions linguaux latéraux. Une collection s'évacuera directement par perforation de la muqueuse.

La face dorsale de ces loges est constituée par une voûte formée par l'entrecroisement des muscles. Cette voûte musculaire est doublée en plus par le fascia lingual. Il existe donc à la surface dorsale de la langue une armature puissante de protection.

On peut donc admettre trois sortes de phlegmons de la langue selon le siège initial de la collection suppurée. Une forme médiane, une forme latérale profonde et une forme latérale superficielle.

Mais, à côté de ces formes, il peut aussi exister des inflammations linguales diffuses. D'autre part, les fusées purulentes peuvent (surtout s'il s'agit d'infections particulièrement virulentes) se former un passage à tra-

vers les muscles nécrosés et s'ouvrir à la face dorsale et sur les bords de la langue.

On distingue à cet ensemble musculaire deux segments :

1° Un segment buccal ;

2° Un segment pharyngien ou base de la langue.

Le segment buccal est la portion de la langue qui se trouve située en avant de l'isthme du gosier et du V lingual. Sensiblement horizontal, il est divisé lui-même en deux parties : une partie très mobile, purement musculaire, sans espaces cellulaires, et avec de rares lymphatiques. Partie qui peut être amenée hors des arcades par la protusion de l'organe et qui correspond aussi à la partie située en avant de la dernière grosse molaire, c'est la pointe de la langue.

Une deuxième partie, riche en espaces cellulaires et lymphatiques, appelée partie moyenne ou corps de la langue.

La partie buccale revêt dans son ensemble la forme d'un cône aplati de haut en bas.

La base de la langue se trouve située entre le V lingual en avant et en haut et les fossettes glosso-épiglotiques, en bas et en arrière. La base de la langue se dispose suivant un plan vertical et regarde le pharynx. Elle constitue la paroi antéro-inférieure du pharynx buccal.

La face postérieure de la base continue directement la

face dorsale du segment buccal de la langue. Sa surface est inégale et parsemée de saillies irrégulières, hémisphériques, d'un diamètre de 1 à 4 mm. environ: ce sont les follicules clos, particulièrement abondants en arrière du V lingual où leur hypertrophie constitue l'amygdale linguale. Cette amygdale linguale peut être le siège d'inflammations (amygdalite et péri-amygdalite linguale phlegmonneuse). L'extrémité supérieure correspond au V lingual, l'extrémité inférieure est unie à la face antérieure de l'épiglotte par trois replis à direction antéro-postérieure, ce sont les replis glosso-épiglottiques, qui délimitent entre eux les fossettes glosso-épiglottiques. Les bords latéraux de la base de la langue sont en rapport avec la partie inférieure de la loge amygdalienne et avec l'amygdale palatine.

D'après la définition du Docteur Aboulker (*Thèse de Paris* 1932), que nous adoptons, la partie moyenne ou corps de l'organe, qui se comporte fonctionnellement comme la base, sera comprise avec elle. En réalité, s'il est difficile anatomiquement d'opposer rigoureusement la pointe à la base sans zone intermédiaire, il est au contraire très commode de le faire cliniquement afin de ne pas multiplier à plaisir les formes anatomo-pathologiques de l'abcès lingual.

Les faisceaux musculaires, pour aller à la recherche de leurs insertions postérieures, laissent entre eux des espaces comblés par du tissu cellulaire et des lymphas-

tiques. Les lymphatiques se déversent dans des ganglions d'autant plus bas situés que leur origine est plus antérieure. Les lymphatiques de la partie moyenne vont aux ganglions situés en avant de la loge sous-maxillaire. Quant à ceux de la base, ils vont aux plus internes de la chaîne jugulaire interne. Il existe donc à la base un système lymphatique très complet et on peut comparer cette partie à un véritable organe lymphoïde, doublé d'ailleurs à sa partie supérieure par l'amygdale linguale.

Quand il y a une suppuration de la base de la langue, il est difficile de déterminer son siège exact, d'abord à cause de la difficulté de l'examen, et ensuite à cause de la tuméfaction de l'organe, qui est telle qu'on ne peut juger de quel côté elle prédomine. Seuls les signes de compression, la sensation d'enflure et de gêne plus marquée d'un côté, les élancements douloureux prédominant vers une oreille ou vers l'autre font faire le diagnostic du siège.

L'examen anatomo-pathologique révèle que pour les phlegmons de la langue, lorsqu'ils sont consécutifs à une lésion banale de voisinage et constituent une sorte de métastase dans les lymphatiques et le tissu cellulaire de la langue, ils paraissent être nettement localisés au tissu conjonctif sans que le tissu musculaire soit atteint par la suppuration. La rapidité avec laquelle les muscles retrouvent leur contractilité, dès que le pus s'est écoulé, prouve que leur parenchyme n'est pas atteint par la fonte purulente.

Ce n'est que dans les cas graves que les muscles sont atteints, constituant ce qu'on peut appeler des panglosites. Ils ont toujours succédé à des maladies graves et c'est le plus souvent d'affections suraiguës à streptocoque qu'il s'agit. Les suppurations profondes peuvent, dans quelques cas, rares il est vrai, amener une nécrose des tissus de la langue. La chute des escarres peut, dans ces cas, provoquer des hémorragies pour le moins très inquiétantes.

L'œdème du voisinage (qui peut envahir même la glotte), les fusées purulentes vers les régions sous-maxillaires, sus-hyoïdiennes, ou en suivant la gaine des vaisseaux linguaux, constituent des complications graves des abcès de la langue.

Nous finissons en citant l'exposé de Sabrazès et Bousquet sur un cas d'examen anatomo-pathologique. Il s'agissait d'une femme morte de septicémie puerpérale à streptocoque, et chez qui il y eut entre autres localisations de l'affection primitive, une inflammation marquée de la langue. Cette inflammation n'eut pas le temps d'évoluer jusqu'à la suppuration, la malade fut emportée dès le troisième jour de sa maladie.

Les fibres dissociées ont conservé leur striation habituelle. Mais malgré cette netteté des stries on constate un début de dégénérescence grasseuse. Les noyaux volumineux sont en voie de multiplication. La trame conjonctive a presque entièrement disparu. Elle n'est plus

représentée que par de rares fibres élastiques et quelques faisceaux fibreux grêles. On a trouvé encore des cellules fusiformes grêles en voie de multiplication et des mastzellen en petit nombre.

SYMPTOMES ET FORMES CLINIQUES

Rarement précédée par des prodromes, la symptomatologie est dominée le plus souvent par une brusquerie du début et une rapidité d'évolution déconcertante. Le plus souvent, il s'agit d'un adulte de sexe masculin entre 20 et 50 ans, qui est atteint d'une angine violente avec hypertrophie des amygdales, rougeur marquée du fond de la gorge, dysphagie. La température est élevée, entre 39° et 40°. Pouls 90. A la douleur diffuse de la gorge se joint une douleur d'abord sourde et localisée dans la base de la langue. A la dysphagie habituelle des angines aiguës, s'associe de la maladresse de la langue qui gêne l'articulation des mots. Ce n'est que vers le troisième jour que l'attention est attirée vers la langue. En effet celle-ci commence à s'hypertrophier et, à la différence des abcès de la pointe, cette hypertrophie est diffuse.

Lorsqu'on voit le malade, on se trouve en présence d'un individu à faciès infecté, tourmenté par la douleur, atteint d'une dysphagie presque absolue et dont l'haleine exhale une mauvaise odeur. Le malade se plaint de souffrir dans la région thyroïdienne et de sentir sa langue

gênée et comprimée par les arcades dentaires au point qu'il ne peut parler et est obligé de se faire comprendre par des signes ou par l'écriture.

A l'hypertrophie s'ajoute la douleur, sourde au début, elle devient de plus en plus violente, plus continue, ne laissant pas de repos au malade, avec des phases d'exacerbation. Cette douleur est réveillée par les tentatives de déglutition. Elle s'irradie au crâne, à la nuque, à l'épaule, à l'oreille où elle s'accompagne parfois de surdité. Cette douleur fixe la langue et empêche tout mouvement. Elle donne la sensation d'enflure, de plénitude de la base de la langue. Il semble au malade que son gosier est trop étroit pour contenir la base hypertrophiée et que l'air va lui manquer. L'hypertrophie de la langue oblige le malade à entr'ouvrir la bouche, laissant écouler une salive épaisse. L'extrémité de la langue n'est plus pointue, mais globuleuse, tendue. Au début, la muqueuse est souvent rouge foncé, témoignant ainsi sa congestion. D'autres fois, et surtout quand l'affection n'est pas vue au début, elle est sèche, recouverte d'un épais enduit blanchâtre, les bords portent souvent l'empreinte des dents. Mais, fait capital, un doigt glissé sous la langue explore le plancher de la bouche qui, malgré l'œdème du voisinage, garde le plus souvent toute sa souplesse. Comme autre signe négatif essentiel, il faut se rappeler que le trismus n'a jamais figuré dans le faisceau symptomatique des abcès de la langue.

La langue est très douloureuse au toucher, mais il faut se garder de pousser l'exploration digitale plus loin que vers l'isthme du gosier, l'inflammation du pharynx tend à gagner le larynx et à y provoquer de l'œdème.

Ceci nous explique les très nombreux cas où l'on constate de la dyspnée attribuable, non seulement à l'hypertrophie de la langue en arrière, mais à l'œdème inflammatoire de voisinage.

Essayer d'explorer le cavum et surtout le sillon glosso-épiglottique dans ces conditions risquerait de provoquer un spasme laryngé toujours très grave.

La prédominance des douleurs provoquée par le toucher peut contribuer à localiser le phlegmon.

La pression des régions thyroïdienne et sous-angulo-maxillaire est également très douloureuse.

La palpation des ganglions sous-maxillaires et de la chaîne jugulaire interne montre souvent, mais pas d'une façon constante, qu'ils sont augmentés de volume et douloureux.

Le cou est généralement empâté ainsi que la région sus-thyroïdienne.

La dysphagie est de règle.

La langue est immobilisée dans la bouche, elle est figée, comme transfixée par la suppuration de la base. Le malade est dans l'impossibilité de tirer la langue hors des arcades dentaires. C'est le signe le plus important,

celui qui fait orienter le diagnostic. Non seulement la protusion active est impossible; mais si l'on essaie d'attirer doucement la langue en avant, on réveille des douleurs insupportables.

Actuellement, les malades sont vus au plus tard à cette période d'abcès collecté. Il y a un siècle, les médecins avaient tendance à laisser faire la nature; ainsi avaient-ils la possibilité de décrire des gangrènes consécutives aux phlegmons de la langue.

Cependant, il existe une complication plus grave que tous les délabrements, si graves soient-ils, c'est la suffocation au cours d'une dyspnée continue, qui est due à un rétrécissement mécanique par infiltration œdémateuse des voies aériennes supérieures. Dyspnée si grave qu'elle peut amener à la trachéotomie.

Nous avons pris comme type de description un phlegmon de la base de la langue, nous allons tâcher maintenant de donner un aperçu sur les différentes formes cliniques.

Forme maligne

On a signalé que les phlegmons diffus de la langue pouvaient prendre, quand ils étaient laissés à leur évolution naturelle, une allure gangréneuse. Aujourd'hui, les gangrènes de la langue ne sont plus qu'un souvenir depuis que les collections de la langue sont traitées énergiquement à leur début. Certaines formes sont d'un pro-

nostie plus sombre quand elles surviennent chez des débilités, des alcooliques ou des diabétiques, mais leur gravité vient de ce que les barrières locales étant insuffisantes, le malade peut périr d'infection généralisée.

Formes limitées

Le phlegmon médio-lingual décrit par Tédénat dissèque l'espace compris entre les génio-glosses. Il affecte la même allure clinique que les phlegmons de la base de la langue proprement dits.

Nous dirons un mot sur les phlegmons limités à un côté de la langue. On invoque à leur sujet la barrière du septum lingual. Mais cette barrière n'est pas parfaite, puisqu'elle ne sépare pas les deux moitiés sur toute leur hauteur de la langue et laisse passer des lymphatiques. Les phlegmons unilatéraux sont le plus souvent de peu de volume et sans gravité.

Formes abortives

Il est une forme abortive de l'abcès lingual où toute la symptomatologie est dominée par des symptômes d'hypertrophie inflammatoire, sans qu'on puisse découvrir une collection; cependant, il s'agit bien d'une inflammation d'origine microbienne.

A la palpation, on ne détermine jamais une zone de fluctuation, mais un empâtement général. Sabrazès, Parsat et Bonnet (*Progrès médical*, 1906, p. 341) signalent le cas d'un homme qui contracta la scarlatine auprès de ses enfants et fit après l'angine une « macro-glossite œdémateuse aiguë ». Toutes les ponctions faites furent négatives, l'examen de la sérosité étant négatif au point de vue microbien. Cependant, au bout de quinze jours, un petit abcès s'évacua spontanément.

Formes trainantes

On a de rares observations de ces formes subaiguës qu'on peut appeler forme pseudo-néoplasiques des abcès de la langue. Le diagnostic fut chaque fois hésitant, et les chirurgiens qui traitaient les malades les voyaient dépérir à cause de la difficulté de l'alimentation et de l'infection prolongée. La guérison survint spontanément, mais aucun signe ne pouvait faire songer à une inflammation au cours de l'affection.

A la base de la langue, au niveau de l'amygdale linguale, dans la couche muqueuse, au-dessous du tissu lymphatique folliculaire, on trouve un autre foyer, où peuvent surgir et se développer des phénomènes inflammatoires aboutissant à la formation de collections purulentes. Cette collection purulente constitue la péri-

amygdalite linguale phlegmonneuse, autrement dénommée abcès sous-muqueux superficiel de la langue.

Généralement, le pus se collecte dans ce cas dans un espace très limité, circonscrit :

1° Du côté du plan sagittal : par le ligament glosso-épiglottique médian, qui s'oppose à un envahissement bilatéral.

2° Du côté externe : par le ligament glosso-épiglottique latéral.

3° En avant et en bas : par la membrane hyo-épiglottique qui l'empêche de s'étendre et de devenir pré-laryngée.

Selon que l'abcès s'étend à toute la région postérieure de la base de la langue ou à une partie de cette région (repli glosso-épiglottique latéral par exemple) on a des phénomènes plus ou moins intenses et, partant, un tableau symptomatique plus ou moins complet et tragique.

L'œdème envahit toute la langue qui, ne pouvant plus être contenue, ressort de sa loge buccale. Les phénomènes de compression sur l'épiglotte se traduisent par une dyspnée violente, avec accès de suffocation.

Salivation, déglutition, phonation sont impossibles, mais si les processus phlegmoneux sont limités, la langue est simplement retenue et attachée à l'épiglotte et est difficilement propulsée au dehors. Elle n'est pas œdé-

matée. La dyspnée est moins intense, les crises d'asphyxie plus rares, moins violentes.

DIAGNOSTIC

Il est d'un intérêt majeur de pouvoir poser le diagnostic précoce du phlegmon de la langue. Mais étant donné la difficulté parfois très grande de l'examen d'un malade chez lequel la langue remplit la cavité buccale, ou ne peut même plus être contenue dans la bouche, offrant l'aspect du prolapsus lingual comme dans la macroglossie, on conçoit l'embarras du médecin pour établir son diagnostic. C'est alors que les signes fonctionnels, douleur extrêmement vive, dysphagie, dysphonie, dyspnée et salivation abondante peuvent mettre rapidement sur la voie. Au début, lorsqu'on se trouve en présence d'une tuméfaction douloureuse de la langue, il est de nombreuses affections qui peuvent débiter de la même façon ou montrer le même cortège de signes fonctionnels sans que ces affections aboutissent à la suppuration de l'organe.

Le *rhumatisme articulaire aigu* débute quelquefois, en plus de la classique angine, par une inflammation qui aboutit à l'hypertrophie de toute la langue avec des troubles de la déglutition et de la phonation. Cette fluxion linguale, signalée il y a un siècle par Franck, plus récemment par Laveran et Lebranc dans les *An-*

nales de Médecine et Pharmacie militaires (1885), se range parmi les affections à début aigu qui simulent l'abcès de la langue sans arriver à la suppuration. Dans le même cadre, on peut citer l'*érysipèle* à début lingual et dont la desquamation se fait souvent comme dans la scarlatine. On pense à l'*érysipèle* à son début, quand on voit un œdème considérable de la muqueuse, mais il abandonne la langue en 2-3 jours pour gagner rapidement les téguments.

Notons, parmi les causes d'hypertrophie brusque de la langue, l'*hémorragie linguale chez un hémophile*, très rare.

A la période d'état, seules les *morsures ou plaies venimeuses* et la *pustule maligne* de la langue (d'ailleurs suffisamment rares pour éviter d'insister) pourraient offrir des tuméfactions semblables. Encore aurait-on, dans ces cas, des circonstances étiologiques bien particulières et qui ne seraient vraiment pas passées inaperçues. De plus, un signe très caractéristique que nous avons toujours retrouvé chez nos malades, est fourni par l'impossibilité, pour ces derniers, de faire mouvoir leur langue, qui est immobilisée contre la voûte palatine.

L'*abcès de la loge thyro-glosso-épiglottique* débute assez rapidement par une douleur de la base de la langue irradiée aux oreilles, de la gêne de la déglutition et de la phonation. Cette forme d'abcès a été bien étudiée au point de vue clinique et anatomique dans la thèse de

Daireaux (Lyon 1907), le malade tend à renverser la tête en arrière, il y a un œdème du plancher de la bouche, en fer à cheval. L'examen laryngoscopique est possible, puisque la langue n'obstrue pas par son volume l'isthme du gosier. L'examen montre le sillon glosso-épiglottique comblé d'un côté ou des deux, enflammé, l'épiglotte plus ou moins bousculée en arrière.

Cependant, la protusion de la langue est possible et le signe élimine une affection de la langue. L'évolution de ces abcès est plus cervicale que pharyngienne. Les téguments sus-hyoïdiens deviennent rapidement rouges, enflammés et sont surélevés par la collection. Celle-ci s'ouvre fréquemment à la peau.

Les abcès prélingués se caractérisent par l'infiltration suppurée de l'épiglotte. A l'examen laryngoscopique on trouve une épiglotte rouge, enflammée, en forme de museau de tanche ou de turban. Il y a de vives douleurs dans la région hyoïdienne, des troubles de la déglutition et de la phonation. Cependant la protusion de la langue est possible.

Enfin, le fait que cette tuméfaction linguale puisse exister sans que l'on relève, sauf un très léger empatement de la région sus-hyoïdienne, la dureté ligneuse si caractéristique du plancher de la bouche, pourra faire écarter l'*angine de Ludwig*. Au reste, celle-ci évolue avec un cortège de signes généraux: température à 40°, phénomènes toxi-infectieux que l'on ne rencontre jamais dans le phlegmon de la langue.

PRONOSTIC

Les phlegmons de la langue constituaient une affection grave de par son siège et de par la rapidité de son évolution. De même les transformations de la nature de l'infection et l'extension facile de ce processus plaçaient le malade sous le coup d'une évolution tragique.

Actuellement, l'ouverture précoce des abcès, la vaccination, la vaccination ont complètement changé l'avenir, si sombre jadis, des malades atteints de suppuration linguale et les gangrènes de la langue ne sont plus qu'un souvenir.

Les cas suivis de mort sont ceux où la collection linguale survient (exception Obs. X) chez des débilités, des alcooliques ou des diabétiques.

Les complications de l'abcès de la langue sont peu fréquentes. Les fusées purulentes le long des vaisseaux du cou, dans l'espace sous-maxillaire et sus-hyoïdien, des métastases viscérales constituent ce danger, rarement observé, des phlegmons de la langue.

Le pronostic fonctionnel, quelles que soient les manœuvres opératoires, est très bon.

TRAITEMENT

Du seul fait qu'une collection suppurée est constatée ou soupçonnée, le devoir du chirurgien est d'en déterminer la localisation, en vue de son ouverture.

Pendant la période de début, quand l'abcès n'est pas encore collecté et qu'on ne peut le localiser, on utilisera les classiques antiphlogistiques : compresses chaudes autour du cou, grands lavages au bock de la cavité buccale, gargarismes. On y adjoindra surtout la vaccinothérapie. Plusieurs observations nous démontrent que l'évolution des phlegmons est heureusement influencée par ce traitement, soit qu'il raccourcisse la durée de la maladie, soit qu'il suffise à guérir le malade sans le secours d'une intervention. Mais la résolution qu'on observe souvent pour les abcès superficiels est assez rare lorsqu'il s'agit de phlegmon profond de la langue. La plupart du temps, le pus se collecte et la collection réclame l'intervention du chirurgien. Les risques d'asphyxie seuls suffisent à hâter la date de l'opération.

C'est au niveau du centre, ramolli et fluctuant, de la tuméfaction, qu'il faudra inciser. Par la pression du doigt, on y réveille le maximum de douleur. Le but est quelquefois difficile à atteindre. La difficulté très grande qu'on a parfois à introduire les doigts dans la cavité

buccale ne permet pas une perception aisée de la fluctuation, quand elle existe. Une ponction peut aider l'établissement du diagnostic, mais, une fois son existence constatée, il faut débrider de suite et faire jour au pus. Notons qu'une ouverture large est nécessaire. Si la tuméfaction n'est pas trop profonde et médiane, on fera, après avoir tiré, dans la mesure où son immobilisation le permet, la langue au dehors, une incision médiane de 3-4 centimètres. Si la collection est latérale, on fera l'incision franchement sur le bord de la langue, à égale distance de la face supérieure et inférieure, à la hauteur de la dernière grosse molaire. On glissera une pince de Kocher ou de Lubet-Barbon, qu'on retirera ouverte. Dans les cas de phlegmons profondément situés, il faut employer des instruments concaves, bistouri, soit le thermo ou galvano-cautère.

Mais il est des cas, assez rares cependant, où la collection est tellement profonde qu'il apparaît comme absolument impossible de l'aborder par voie buccale. On est, dans ces cas, obligé d'aborder la collection par voie sus-hyoïdienne. Cette voie devient alors l'incision de débriement du phlegmon du plancher de la bouche. Elle a l'avantage de permettre à la fois l'accès direct à la collection et son drainage.

Le drainage, si l'incision est faite par voie naturelle, se fait seul par contraction des muscles de la langue. Dès que le pus s'est écoulé, la langue reprend tout de

suite ses mouvements et les troubles fonctionnels disparaissent presque instantanément.

La quantité de pus écoulé varie de 50 à 150 gr. Pus toujours très fétide, de couleur brun chocolat ou noirâtre. Pendant 2-3 jours, on maintiendra les lèvres de la plaie entr'ouvertes à l'aide d'une mèche de gaze, et on prescrira des lavages de la bouche à l'eau oxygénée. Quant aux œdèmes de voisinage qui compliquent parfois les abcès, ils disparaissent en 24-48 heures.

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1

BAUDET et DIEULAFÉ (*Archives de méd. et pharm. militaires*, mai 1933).

Phlegmon de la base de la langue

P... Jacques, 21 ans, est hospitalisé le 10 août 1932 pour des phénomènes aigus et douloureux au niveau de l'oro-pharynx et de la cavité buccale.

Le malade ne peut ni avaler sa salive, ni prononcer une parole. Il présente, en outre, un léger trismus rendant difficile l'exploration buccale.

Enfin, la région sus-hyoïdienne est tuméfiée. On peut réussir à apercevoir la langue, qui est notablement augmentée de volume et est recouverte, à sa face dorsale, d'un véritable enduit de fausses membranes gris sale. L'haleine est très fétide. La palpation révèle une langue tendue, uniformément œdématiée. Pas de points de fluctuation. La région sus-hyoïdienne est également tendue et infiltrée. Il est très difficile de faire la part des phénomènes inflammatoires qui reviennent à la langue et au plancher de la bouche. De plus, la température est à 39°2. Pouls 100. Le faciès est cependant satisfaisant et ne donne pas l'impression d'un sujet profondément infecté.

Le lendemain matin, sous l'influence d'une médication consistant en bains de bouche, lavages au bock, etc..., la température est à 38°4, les douleurs sont bien moins vives et le malade accuse nettement une amélioration. Au reste, l'examen de son crachoir montre des stries purulentes au milieu d'une abondante quantité de salive. On peut examiner la cavité buccale. Aidés du miroir frontal, nous arrivons à percevoir, juste en arrière du V lingual et sur le bord droit de la langue, un orifice punctiforme par lequel sort du pus. Le diagnostic se confirme d'un phlegmon de la base de la langue. Il suffit d'élargir l'orifice par le moyen d'une pince de Kocher introduite dans la cavité de l'abcès, et d'ouvrir les branches, pour élargir la voie de drainage de la collection. Le malade sort de l'hôpital, une semaine plus tard, entièrement guéri.

OBSERVATION II

(Personnelle)

Service de M. le Professeur Agrégé HALPHEN,
à l'Hôpital Saint-Louis

Phlegmon de la base, guéri par le bacté-staphyphage d'Hérelle

K... B., âgé de 47 ans, entre à l'Hôpital parce que, depuis quelques jours, il souffre d'une angine aiguë et de douleurs dans la région hyoïdienne avec dysphagie marquée. Le début de sa maladie remonte à trois jours environ.

A son entrée à l'hôpital, nous constatons une température de 39°3, et les phénomènes dypnéiques alarmants. Le malade est très inquiet, son faciès est plombé.

La dysphagie est extrême, le malade n'arrive même pas à avaler sa salive. A l'examen, rendu très difficile par la sensibilité de la langue, on note une tuméfaction dure, douloureuse, à la partie médiane de la base de la langue, s'étendant sur la face antérieure de l'épiglotte. Impossibilité de tirer la langue hors de la bouche.

Injection immédiate de 3 cc. de bacté-staphyphage autour de la région enflammée. 5 cc. sont injectés sous la peau. Auto-hémothérapie avec 10 cc. de sang.

Le lendemain, amélioration. Chute de la température à 37°5. On recommence le même traitement le troisième jour. L'amélioration se maintient. La température revient à la normale. Disparition de la dysphagie et de la dyspnée du début, qui faisait craindre l'éventualité d'une trachéotomie.

OBSERVATION III

PAULOS PETRIDIS (*Bulletin et Mémoires de la Société d'Anatomie de Paris*, p. 150, 1923)

Phlegmon de la base

Jean P..., 38 ans. Le premier symptôme qu'il ait senti est une gêne de la déglutition, qui s'est manifestée il y a vingt-deux jours.

Pendant les trois jours qui avaient précédé, il avait mangé à chaque repas des sardines. Il localisait cette sensation de gêne à la moitié postérieure de la face dorsale de la langue vers sa base; le phénomène a duré huit jours sans fièvre. Les onze jours suivants le malade a une dysphagie qui l'empêche de prendre des aliments solides; en même temps il présente de la salivation abondante et un certain degré de dyspnée et d'anxiété.

A l'entrée: température 38°, pouls 90. A l'examen. la langue est sensiblement augmentée de volume, surtout dans sa partie postérieure. Elle est dure au toucher et très douloureuse à la palpation. Tout mouvement est douloureux et c'est pourquoi le malade la tient immobile. La parole est impossible, le malade est obligé d'écrire ce qu'il veut exprimer.

En même temps, dysphagie accusée, anxiété et dyspnée. La région sous-maxillaire droite est un peu tuméfiée, mais indolore. Opération immédiate. Incision longitudinale au milieu de la face dorsale de la langue, en arrière du V lingual. Issue de pus peu abondant, de couleur jaune noirâtre et de très mauvaise odeur. Suites opératoires simples. A partir du troisième jour, le malade peut parler. Sortie en très bon état le sixième jour.

OBSERVATION IV

BAUDET et DIEULAFÉ (*Arch. de méd. et pharmacie militaires*, 1933)

Ouverture spontanée au cours d'un abcès de la langue

Pierre A..., 47 ans, se présente à notre consultation le 15 mars 1932. Il y a quatre jours, le malade a constaté sur la face dorsale de la langue, au niveau du tiers antérieur de la moitié gauche, une tuméfaction diffuse, profonde, mais dont la partie la plus saillante a le volume d'une grosse noisette.

Toute la moitié gauche de l'organe est infiltrée, mais indolore à la palpation. La pression profonde réveille seule la douleur. Les mouvements de la langue sont très entravés et douloureux. La mastication est presque impossible et la déglutition très pénible. Le malade éprouve une certaine difficulté à parler. Pas de gêne respiratoire.

Pas de température. Pas de céphalée ni irradiations douloureuses. Le malade refuse l'incision de l'abcès. Huit jours plus tard environ, la tuméfaction qui n'avait pas augmenté de volume se ramollit à son centre et après abcédation pendant la nuit évacue spontanément une quantité de pus fétide (20 centimètres cubes environ). Guérison en 48 heures.

OBSERVATION V

CHASSAIGNAC (*Suppuration et drainage. Chirurgie*, t. II)

Phlegmon de la base

L. A..., 19 ans, fabricant de couleurs, est entré le 19 octobre 1852 à l'Hôpital Saint-Antoine.

Depuis six jours, ce jeune homme éprouve les symptômes suivants: mal de gorge intense, grande difficulté de respirer, sensation de tumeur dans l'arrière-bouche. Les amygdales ne sont pas hypertrophiées. Le doigt porté à la base de la langue permet de reconnaître que le côté gauche de cet organe est plus développé que le côté droit.

On aperçoit aussi une induration qui démontre qu'il s'agit d'un phlegmon de la base de la langue. La parole est embarrassée et la suffocation est à craindre.

20 octobre: ponction avec trocart puis bistouri, fait sortir un petit peu de pus et de sang.

22 octobre: débridement (pus en abondance).

27 octobre: amendement.

9 novembre: guérison complète.

OBSERVATION VI

DUPUYTREN (rapportée par Chassaignac. *Traité de la suppuration*, t. II, p. 162)

Phlegmon de la base

Homme de 43 ans. Vu le 10 juillet 1816 pour une glossite nerveuse à la suite d'une cautérisation avec le vitriol bleu d'un bouton occupant la partie moyenne de la langue. A l'entrée: bouche largement ouverte, langue rouge, tendue, douloureuse, avec « concrétions pelliculeuses (fausses membranes probables). La langue déborde largement les arcades dentaires antérieures, et latéralement. Déglutition des solides impossible, celle des liquides albumineux » sur toute la muqueuse buccale des très difficile. Le malade peut à peine parler et la suffocation est imminente; sangsues, cautérisation.

Le lendemain, Dupuytren découvre au point cautérisé une goutte de pus. Il introduit un stylet dans l'épaisseur de la langue et incise au bistouri en dirigeant le tranchant vers la base. Une grande quantité de sang et de pus s'écoule. Trois jours après, guérison.

OBSERVATION VII

MORESTIN (*Société anatomique de Paris*, 1911)

Hémiglossite aiguë

Il s'agit d'un homme de 53 ans, qui, jusque là, avait joui d'une excellente santé.

Dans la nuit du 5 au 6 mars dernier, cet homme fut réveillé par de vives douleurs occupant la langue, la

partie supérieure du cou et s'irradiant même du côté de l'épaule gauche.

La langue augmenta rapidement de volume et cette tuméfaction s'accompagna d'une grande gêne de la déglutition et de l'élocution.

Le lendemain, ces symptômes parurent plus accusés encore. Aucune modification favorable ne se produisit les jours suivants.

Le 11 mars, le malade se présente dans mon service. Il n'avait pas de fièvre, mais le visage était terreux et fatigué. L'élocution était devenue extrêmement pénible. Les mouvements de déglutition étaient assez douloureux. Cependant, le sujet s'alimentait, quoique difficilement, avec des liquides. Il n'y avait pas de gonflement des régions sous-maxillaires. La palpation ne décelait aucune adénopathie.

En faisant ouvrir la bouche, on aperçoit une masse rouge formée par la langue tuméfiée. En regardant de plus près, on distinguait la moitié droite de la langue repoussée en bas et à droite, aplatie, effacée, mais souple, parfaitement intacte.

La masse tuméfiée appartenait à la seule moitié gauche. Le contact des dents, en assez mauvais état d'ailleurs, avait déterminé au pourtour de l'organe enflammé quelques ulcérations très superficielles. La pression, partout douloureuse, l'était d'autant plus qu'elle était exercée plus près du bord gauche. Nulle part, on ne percevait de fluctuation. Il s'agissait d'une hémiglossite aiguë probablement suppurée.

L'incision faite sur le bord gauche donnait issue à environ une cuillerée de pus fétide.

Guérison en quatre jours.

OBSERVATION VIII

Docteur Maurice FOURNIER, de Compiègne (*Revue de Clinique et de Thérapeutique*)

Glossite chez un diabétique

M. de P..., 63 ans. Diabète sucré reconnu depuis 6 ans. Etat général bon.

Dans les premiers jours de juillet, étant à Vichy, un soir, il a été exposé à un courant d'air très vif et il a senti qu'il se refroidissait. Le lendemain, il fait une angine, qui dure 6 jours. Pendant ce temps, il s'apercevait que sa langue devenait lourde et embarrassée. Quelques jours après la guérison de son angine *a frigore*, il quittait Vichy. Peu à peu, les phénomènes du côté de la langue allèrent en augmentant. Je vois le malade pour la première fois le 5 août. Depuis plusieurs jours, il remarque dans ses crachats des mucosités purulentes. Expectoration qui s'accompagne d'un certain amendement des symptômes. Gêne fonctionnelle considérable. Pas de sucre dans les urines. Bon état général. Epais enduit blanchâtre, haleine fétide.

Au contact de l'organe, ulcération grisâtre, non élevée au-dessus de la muqueuse, irrégulière, anfractueuse, à bords mous et d'une grandeur moindre que celle d'une pièce de cinquante centimes. Avec le stylet, on pénètre d'environ 2 cm. en se dirigeant en arrière. Pas d'induration suspecte ni de traces de ganglions sous-maxillaires. Salivation très abondante.

Injections et gargarismes boriqués fréquents. Alimentation: lait, bouillon, panades. L'ulcération s'étend et je détache à l'aide de quelques coups de ciseaux les es-

charres. Le 16 août, l'escharre comprend une bonne moitié de la face dorsale de la langue et menace de s'accroître encore. L'ulcération s'étale mais ne se creuse nullement.

Pour arrêter ce processus, je cautérise le 17 août fortement au nitrate d'argent. Le 21 août, seconde cautérisation. Cette fois, le travail ulcératif est enrayé. La réparation est complète vers le 10 septembre. Le sucre n'a pas reparu.

Le fait est intéressant à un double point de vue :

1° Il montre une glossite avec abcès superficiel et ulcère consécutif de la langue chez un diabétique. L'influence pathogénique du diabète me semble certaine.

2° Il montre que chez les diabétiques, les inflammations en général et les inflammations de la langue en particulier ont une tendance à la gangrène.

OBSERVATION IX

(Personnelle)

Service de M. le Professeur Agrégé HALPHEN,
à l'Hôpital Saint-Louis

Phlegmon de la base

I. M..., manœuvre, 23 ans, vient nous consulter pour une douleur très vive, qu'il situe nettement à la base de la langue et qui gêne considérablement sa déglutition.

Le début remonte à huit jours; le malade présentait à ce moment une angine, qui a disparu après quatre jours; la dysphagie a persisté et augmenté de plus en plus.

A son entrée, la température est légère (37°9). La région sous-angulo-maxillaire est empâtée et douloureuse à la pression. A l'examen laryngoscopique, qui est très difficile à cause de l'augmentation de volume de la langue, mais qui est quand même possible dans ce cas, on remarque que l'amygdale linguale est hypertrophiée et rouge, et le sillon glosso-épiglottique est légèrement comblé. L'amygdale palatine est normale. Salivation abondante et dyspnée d'une intensité moyenne. Au toucher, pas de fluctuation. Nous conseillons au malade de larges enveloppements chauds et humides et de grandes irrigations de la gorge.

Le lendemain, les phénomènes s'exagèrent, la tumeur augmente de volume, la température est plus élevée (38°8).

Nous injectons du Propidon (3 cc.), le même jour, et 5 cc. deux jours après. Les phénomènes s'amendent et l'état général s'améliore. Six jours après, le malade est complètement guéri.

OBSERVATION X

A. HAUTANT (*Annales d'Oto-Rhino-Laryngologie*,
février 1928)

M. B. de T... a été transporté d'urgence dans une maison de santé de Paris, car il est en imminence d'asphyxie. Cet homme jeune, robuste, bien portant jusqu'à la semaine précédente, présente une dyspnée accrue, du type inspiratoire. L'obstacle est haut situé, probablement au-dessous du larynx. L'attitude du malade est caractéristique: son cou est tendu, le menton projeté en haut et en avant comme s'il s'efforçait d'entr'ouvrir au maximum le vestibule laryngé.

Il y a une dizaine de jours, il a souffert d'une amygdalite aiguë banale, accident dont il est coutumier chaque printemps, mais vers le cinquième jour, au lieu de constater l'amélioration à laquelle il s'attendait, la douleur à la déglutition s'est accentuée, et la langue augmentée de volume a perdu en partie sa mobilité. Un chirurgien consulté, se basant sur la douleur localisée dans la partie de la base de la langue juxta-amygdalienne droite, pense qu'il s'agit d'un phlegmon péri-amygdalien de type inférieur à siège anormal. Il explore d'un coup de bistouri la base de l'amygdale: pas de pus.

Les jours suivants, la langue devient très œdématiée et provoque une grande gêne respiratoire. Ne saisissant pas la genèse des accidents, le chirurgien dirige son malade sur Paris et me l'adresse. L'état général est précaire. Température 39°4, pouls très rapide, faciès plombé. La voix est étouffée, mal articulée. L'asphyxie m'oblige à faire immédiatement une trachéotomie.

Passant à l'examen du malade, il m'est impossible d'explorer la cavité buccale. La bouche est entr'ouverte, mais l'espace intermédiaire est comblé par la pointe de la langue tuméfiée; fait très important la langue est fixe, le malade ne pouvant ni la rentrer ni la sortir. Léger œdème sous-hyoïdien médian. La région sus-hyoïdienne externe droite, dans sa partie postérieure sous-angulo-maxillaire, est un peu bombée. Me basant sur cette tuméfaction latérale et sur la localisation primitive de la douleur à la partie droite de la base de la langue, je fais du côté droit l'incision de la ligature de la carotide externe; après avoir écarté les fibres postérieures du muscle hyo-glosse, une pince de Kocher dirigée vers la base de la langue et entr'ouverte fait sourdre deux verres à liqueur de pus extrêmement fétide, s'écoulant d'une large poche située à la base de la langue. Un gros drain

est mis en place. Les jours suivants, grands lavages à l'eau oxygénée.

La température descend à 38°3. L'état général s'améliore: le malade peut s'alimenter. Mais, vers le cinquième jour (douze jours après le début), je constate un aspect verdâtre, sphacélique des plans profonds. Pensant à l'éclosion d'accidents gangréneux, dus aux anaérobies de la flore buccale, je fais des injections de sérum anti-gangréneux polyvalent. Le septième jour: hémorragie. Le lendemain, hémorragie très violente d'un tronc artériel, probablement de la linguale. Ligature de la carotide externe. Deux jours plus tard, hémiplegie gauche, puis température très élevée, somnolence, délire, comme si un caillot septique s'était détaché d'un tronc de la carotide externe ligaturée et avait provoqué un foyer d'encéphalite diffuse. Mort.

OBSERVATION XI

Docteur MARONNEAUD (*Thèse Bordeaux, 1923*)

Périamygdalite linguale phlegmonneuse

M. X..., sergent infirmier. Le 14 janvier 1916, après avoir séjourné dans des locaux surchauffés, travaille pendant plusieurs heures dans une baraque humide et dans un courant d'air. Le 15 janvier, gêne à la déglutition et frissons pendant la nuit. Il est admis à l'infirmerie, le 16 janvier, avec une langue légèrement saburrale, un état de courbature, température 37°2. Le lendemain, accentuation des symptômes, dysphagie qui va en augmentant, otalgie, insomnie complète; la langue, saburrale, limoneuse, est augmentée de volume et a pris la forme d'un dôme. L'examen de la bouche est très douloureux. La denture est en parfait état à part une carie de

la première grosse molaire supérieure gauche. Les régions sous-maxillaires et sus-hyoïdienne sont œdématisées. La palpation montre plusieurs ganglions durs entourés d'une infiltration moins ferme. Le toucher buccal fait naître une douleur exquise au niveau de la base de la langue et du plancher buccal. Le dôme lingual, ainsi que les bords, sont très durs et douloureux. La palpation de ce dôme et de la région de l'amygdale linguale montre une masse dure très douloureuse allant bomber surtout à droite, profondément au delà du V lingual près du larynx, où semble être le siège maximum de la douleur.

Les deux jours suivants, accentuation des signes généraux et signes fonctionnels. La déglutition devient de plus en plus difficile et provoque des douleurs violentes et insupportables, de même pour la parole qui est difficile, étouffée, gutturale, non nasonnée. Pâle et épuisé, ses mots sont incompréhensibles et l'alimentation devient impossible. Température du matin 38°5. Pouls 98.

A l'examen: les régions sous-mentales et sous-maxillaires, sus-hyoïdienne ont pris une forme arrondie, bombée, l'infiltration œdémateuse est dure. La langue est toujours saburrale, grosse, large, épaissie, l'œdème a gagné la pointe qui présente sur ses bords l'empreinte des dents. Malgré les difficultés de l'examen du pharynx, celui-ci donne l'impression d'être normal. Les amygdales sont intactes. A la palpation, la région sus-hyoïdienne paraît bloquée; aucune fluctuation n'est perceptible. Les ganglions de l'angle de la mâchoire ne sont pas augmentés de volume; seuls les groupes sous-maxillaires et sous-mentaux sont très gros et très douloureux. Il n'existe pas de trismus. Les difficultés qu'il éprouve tiennent à l'obstacle apporté par le bloc infiltré de la région sus-hyoïdienne et la masse de la langue. La palpation de cette dernière montre une douleur avec maxi-

mum à la base, aussi bien sur sa face postérieure que sur ses faces latérales. A mesure qu'on se rapproche de la base, elle présente une dureté de plus en plus nette qui va jusqu'à être ligneuse dans la région du V lingual. L'index perçoit dans cette région, profondément vers l'épiglotte, à droite surtout, une tuméfaction de la grosseur d'une châtaigne, saillante, arrondie, dure, très douloureuse. On a l'impression de se trouver en présence du foyer du mal. On pense naturellement à une collection purulente localisée. Le malade est de plus en plus agité, le decubitus dorsal déclanche des crises de suffocation, le malade étouffant ne veut plus rester au lit et présente du délire avec une agitation anxieuse.

Il est aussitôt opéré. Le point d'incision se trouve là où la palpation avait révélé le maximum de douleur. L'impossibilité d'atteindre la région postérieure de la langue oblige à inciser au bistouri le dôme lingual. Cette incision pénètre d'emblée en travers de l'abcès et donne issue à un pus fétide.

Les suites ont été simples et la guérison est survenue en quelques jours. Une cicatrice dorsale de la langue subsiste, n'altérant d'ailleurs en rien sa mobilité.

OBSERVATION XII

Docteur MARONNEAUD (*Thèse de Bordeaux, 1923*)

Abcès du repli glosso-épiglottique latéral

M^{me} B. C... entre le 7 juillet dans le service pour un phlegmon circonscrit.

La malade ayant eu très chaud après un travail pénible, il y a une dizaine de jours, sentit qu'elle prenait froid. Le lendemain, elle constate une gêne légère à la

déglutition. Elle put cependant manger. Les jours suivants, la dysphagie s'accroît et devient douloureuse avec exaspération nocturne. La malade ne peut plus avaler que des liquides. Inquiète de voir sa langue bloquée, fatiguée et cyanosée par un état fébrile léger mais continu, elle se décide à consulter au dixième jour de sa maladie. Elle présentait alors une douleur du côté gauche avec otalgie intermittente, mais la tuméfaction et l'œdème de la langue étaient plus accusés à droite. Elle se fait hospitaliser le soir même. L'œdème sous-maxillaire avait augmenté et remontait, paraît-il, jusqu'à la région parotidienne.

A 23 heures, elle eut l'impression que sa gorge se dégonflait; en même temps elle crachait un liquide épais, jaune marron, très fétide. Cette ouverture spontanée de l'abcès ramène la malade à un calme relatif.

Examen. — Malade abattue, fatiguée, faciès terreux, température 38°2. Gonflement du cou dans la région sous-maxillaire. L'œdème n'est pas assez considérable pour amener une déformation de la région. Pas de rougeur. Les mouvements de la tête sont libres. L'ouverture de la bouche est un peu limitée. L'extrémité libre de la langue est normale dans sa couleur et son volume, seule sa mobilité est atteinte dans les mouvements de propulsion en dehors de la bouche. La denture est très mauvaise, l'haleine est fétide.

A la palpation, on trouve la partie postérieure du plancher de la bouche infiltrée, rénitente, mais ni dure ni ligneuse. La partie antérieure est même normale, mais à partir des premières grosses molaires, la langue remplit complètement les espaces alvéolo-linguaux, car souple à son extrémité, elle devient indurée dans sa partie postérieure. De sorte qu'on passe très difficilement du plancher buccal dans l'arrière-gorge, en suivant le sil-

lon-alvéolo-lingual. Cette infiltration se trouve en avant près du pédicule, et s'étale dans la partie postérieure de l'espace sus-hyoidien. L'angle de la mâchoire est libre, l'engorgement ganglionnaire n'est révélé qu'au niveau du groupe sous-maxillaire.

M. Moure, examinant la malade, constate la présence de pus dans le sillon alvéolo-lingual au pied du pilier antérieur. Il découvre un pertuis dans le repli muqueux qui est à cheval sur le palato-glosse, et la pression fait sourdre à cet endroit une assez grande quantité de pus.

Ainsi se trouve confirmé le diagnostic d'abcès du repli glosso-épiglottique latéral, un peu différent par la localisation de l'abcès rétro-lingual type.

OBSERVATION XIII

(Personnelle)

Service de M. le Professeur Agrégé HALPHEN,
à l'Hôpital Saint-Louis

Phlegmon péri-laryngé

P... Paul, 38 ans, entre à l'hôpital pour une asphyxie intense et présente en même temps une angine avec dysphagie. Les lavages, inhalations, faits avant son entrée, n'ont donné aucune amélioration.

A l'examen, on remarque un empâtement de la région cervicale. A la palpation, on perçoit une masse volumineuse, fluctuante, mobile avec les mouvements de déglutition, siégeant à la face antérieure du cou, depuis l'os hyoïde jusqu'au sternum et à la clavicule. Cette masse se prolonge latéralement des deux côtés, recouvrant les cartilages thyroïdes et cricoïdes. La peau est normale. L'examen laryngé montre un œdème volumi-

neux des arythénoïdes. Le traitement au propidon provoque une amélioration de l'état général, diminution de l'œdème, qui permet de faire un examen endo-laryngé, alors que la masse a augmenté de volume. La respiration est anhélanter; dysphonie et dysphagie. Etat général satisfaisant. Pas de fièvre, pouls normal. Une ponction exploratrice sous anesthésie (Evitan) ramène du pus. On incise sur la région antérieure et on tombe sur une masse de pus qui s'écoule à l'extérieur, et le doigt introduit dans l'orifice permet d'atteindre le cartilage cricoïde lui-même.

Le lendemain, amélioration de l'état général. Il reste un œdème de l'arythénoïde gauche, aspiré dans les mouvements du larynx. Les cordes vocales sont absolument libres.

Le 14 janvier, le malade fait un abcès sur la partie haute de la région cervicale gauche, où on perçoit une tuméfaction dure. Gêne respiratoire; élévation de la température. L'examen laryngé montre un œdème de l'épiglotte, de la région glosso-épiglottique, ainsi que de l'arythénoïde gauche.

Le traitement au propidon (4 cc.) et les compresses chaudes amènent une amélioration; l'abcès a tendance à diminuer.

Le 15 janvier, la température descend à 37°6. Le malade respire mieux. La tuméfaction cervicale externe diminue de volume. L'examen laryngé montre une diminution de l'œdème épiglottique et arythénoïdien.

Le 18 janvier: température 37°. Persistance d'un œdème laryngé gauche et infiltration de la région glosso-épiglottique.

Le 20 janvier: localisation de l'œdème à l'arythénoïde gauche, moins prononcé à droite.

Le 22 janvier: le malade sort complètement guéri.

OBSERVATION XIV

A. TORINHO (*Revista brasileira di Cirurgia*, février 1932)

Phlegmon de la base de la langue

A. L..., 25 ans, vient consulter en janvier 1930, envoyé par un confrère, avec l'intention de le soumettre à des applications physiothérapiques pour soulager ses douleurs. Deux tentatives ayant été faites par des spécialistes pour dilater un abcès périlingual n'ont donné aucun résultat. Douleur intense; dysphagie accentuée, le malade peut à peine parler.

Inspection du pharynx difficile, l'abaissement de la langue étant impossible, le malade manifestait une véritable horreur pour l'abaisse-langue. La langue est augmentée de volume; la région sublinguale ne présente pas d'œdème. L'application de rayons infra-rouges exagère les douleurs, ainsi que n'importe quelle chaleur. Soulagement relatif avec la glace. Convaincu de l'existence d'une collection, je veux ponctionner par-dessous la langue, sans y réussir. J'ai gardé le malade à la clinique et j'ai été appelé d'urgence parce qu'il présentait des phénomènes douloureux avec dyspnée et début d'asphyxie. Ayant déjà tout préparé pour pratiquer une trachéotomie, j'ai eu l'inspiration de vider la collection suppurée que, par le toucher digital, j'avais localisée à la base de la langue.

OBSERVATION XV

A. TORINHO (*Revista brasileira di Cirurgia*, février 1932)

Phlegmon de la base de la langue

L. R., capitaine de l'armée, vient consulter en décembre 1930, envoyé par un confrère pour une angine douloureuse avec dysphagie, qui avait commencé quelques jours auparavant. Le confrère n'avait rien remarqué dans l'oro-pharynx. L'examen laryngoscopique n'a laissé aucun doute sur l'intégrité du pharyngo-pharynx.

La langue dure, fixe, se prêtait mal à la traction, et moins encore à la pression. Constatant à sa base une élévation, dont la dureté au toucher montrait une réaction profonde (révélée par la pression douloureuse), je suis intervenu comme dans le cas précédent avec le trachéotome de Laborde et d'Angers, et j'ai obtenu un très bon résultat, en retirant 15 cc. de pus.

CONCLUSIONS

Les phlegmons de la base de la langue apparaissent comme produits par la propagation lymphatique d'une lésion de voisinage (angines le plus souvent) ou à la suite des maladies graves et anergisantes.

Tous les microbes banaux de la suppuration ont été retrouvés dans le pus de ces collections, mais c'est le streptocoque qui domine.

Nous insistons sur la difficulté qu'on a de bien repérer une collection siégeant à la base même de la langue. C'est grâce à cette situation profonde, et de l'œdème de voisinage qu'il provoque, que le phlegmon lingual réclame une intervention d'urgence. De plus, sa résolution spontanée est rarement observée.

En dehors des risques d'asphyxie que l'on fait courir au malade si on n'intervient pas, on peut laisser la suppuration fuser, soit vers la région sus-hyoïdienne, où l'Angine de Ludwig va s'installer, soit dans la région sous-maxillaire. Les fusées purulentes peuvent encore suivre la gaine des vaisseaux linguaux et se collecter dans la région cervicale.

Enfin ces suppurations profondes peuvent, dans quelques cas, rares il est vrai, amener une nécrose des tissus de la langue et, par la chute des escharres, des hémorragies très inquiétantes.

L'expectative n'est pas de mise et l'intervention revêt un caractère d'urgence.

Le signe capital qui fait distinguer les phlegmons de la base des autres lésions suppurées de voisinage, c'est l'impossibilité où se trouve le malade de tirer sa langue hors de la bouche. Cette immobilisation de la langue, fixée par l'inflammation, suffit pour orienter le diagnostic.

Le traitement de choix est, au début, les antiphlogistiques et surtout la vaccinothérapie (propidon, bactériophage). Plusieurs observations du Service de M. le Professeur Agrégé Halphen, à l'Hôpital Saint-Louis, nous montrent que l'évolution des phlegmons est heureusement influencée par ce traitement. Il suffit quelquefois à guérir le malade sans le secours d'une intervention.

Au stade de collection suppurée, le traitement de choix est l'incision par voie naturelle. L'instrumentation est minime: ouvre-bouche, bistouri droit ou concave suivant la situation du phlegmon, pince de Kocher. On peut aussi aborder la collection à l'aide du galvano ou du thermocautère.

Cependant dans les cas, rares d'ailleurs, d'abcès graves et très profonds, on peut être obligé d'aborder la collec-

tion par voie sus-hyoïdienne. Cette voie, qui devient l'incision de débridement du plancher de la bouche, permet à la fois l'accès direct à la collection et son drainage.

Le plus communément, les résultats sont immédiats, régression de la douleur et de l'œdème, et retour en cinq à huit jours à l'état normal.

Vu : *Le Doyen,*

G. ROUSSY

Vu : *Le Président de Thèse,*

LENORMANT

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- ABOULKER. — Abscès de la langue (*Thèse de Paris*, 1932).
- BAZY. — *Gazette médico-chirurgicale de Toulouse* (1873, vol. LXXIV).
- BAUDET et DIEULAFÉ. — Abscès de la langue (*Archives de médecine et pharmacie militaires*, mai 1933).
- BOJENSKI. — De la glossite profonde aiguë (*Thèse Paris*, 1874).
- BROCA. — In *Traité de Chirurgie* de DUPLAY et RECLUS.
- BROUSSE et BRAULT. — *Revue de Chirurgie* (1893).
- CAULIER. — De la glossite profonde aiguë (*Thèse Paris*, 1885).
- CHASSAIGNAC. — *Traité de la suppuration* (tome II, page 162).
- CRAIGIE. — *Edinburg Medical and Surgical Journal* (1834).
- DAIREAUX. — De l'abcès rétro-lingual (*Thèse Lyon*, 1897).
- DELANNOY. — *Archives internationales de laryngologie* (1923).
- DIEULAFÉ. — Voir Baudet et Dieulafé.
- DUNET et MICHON. — *Revue de Chirurgie* (1923).
- DUPERRIER. — De la glossite profonde aiguë (*Thèse Paris*, 1907).
- DUPUYTREN. — Rapporté par CHASSAIGNAC (*Traité de la suppuration*, t. II, p. 162).
- EEMAN. — *Société bruxelloise d'O. R. L.* (1925).
- GAUTHIER. — *Journal de médecine et chirurgie pratiques* (1880).
- GRAVES et BUTLIN. — *Archives générales de médecine* (1828).
- HAUTANT. — *O. R. L. internationale* (février 1928).
- LAVERAN. — *Archives de médecine et pharmacie militaires* (1885, p. 61).

LECÈNE et LERICHE. — *Thérapeutique chirurgicale*.

LENORMANT. — *Précis de pathologie externe*.

MARONNEAUD. — Phlegmons de la base et de la racine de la langue (*Thèse Bordeaux, 1923*).

MAITRE-ROBERT. — Contribution à l'étude des abcès de la langue (*Thèse Lyon, 1927*).

MICHON. — Voir Dunet et Michon.

MORESTIN. — *Bulletin et Mémoires de la Société d'Anatomie* (1911).

PARTSCH. — Cité par Lenormant.

ROUVIÈRE. — *Les lymphatiques* (1932).

SABRAZÈS et BOUSQUET. — *Presse médicale* (1899, p. 300).

SOUBEYRAN. — *Montpellier médical* (1902).

TÉDENAT. — *Progrès médical* (1926, p. 235).

THÉBAUD. — Etude sur la glossite parenchymateuse aiguë (*Thèse Paris, 1894*).

TORINHO. — *Revista brasileira de Cirurgia* (février 1933).

WORMS et BERCHER. — *Presse médicale* (novembre 1922).

